

健康保険 療養費 支給申請書

被保険者
 家族



< 被保険者記入用 >

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)
3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

① 提出日		令和 年 月 日		連絡先		健康保険組合より問合せする場合の連絡先をご記入ください。	
② 被保険者証		記号	番号	③ 事業所名 (会社名)			
④ 被保険者名		(フリガナ)		⑤ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
⑥ 現住所		(〒 -)		電話 () -			
⑦ 受診者氏名 (申請対象者)		(フリガナ)		⑧ 続柄	⑨ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 (歳)	
⑩ 傷病名				⑪ 発病または負傷年月日		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
⑫ 発病または負傷した原因		(どこで)		(どのようにして)			
⑬ 第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		⑭ 業務上または通勤途上での傷病ですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合は療養費支給申請に該当しない場合があります。	
⑮ 受診した医療機関		名称		住所		⑯ 診療の内容	
⑰ 申請理由		(A) <input type="checkbox"/> 保険証を持たずに受診 <input type="checkbox"/> 前の保険証で受診 <input type="checkbox"/> 保険証交付前に受診		(B) <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡作成 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等の購入		(C) <input type="checkbox"/> 骨髄移植・臍帯血移植等の搬送費用	
⑱ 診療等の期間		申請理由(A) または (D) の場合		入院外	令和 年 月 日から (受診実日数)	令和 年 月 日まで 日	
				入院	令和 年 月 日から (入院日数)	令和 年 月 日まで 日間	
		申請理由(B) の場合		令和 年 月 日 (領収証発行日)			
		申請理由(C) の場合		令和 年 月 日 (搬送日)			
⑲ 診療等に要した額				円			
⑳ 被保険者が在籍の場合		委任状		本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 また、日立造船健康保険組合が医療機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、および当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名			
㉑ 被保険者が任意継続被保険者または退職の場合		振込先		銀行・農協 信金・信組		支店 出張所	預金 種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号		口座名義		(フリガナ)	